

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N° 140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Thérèse GALLET

Née le 22 Novembre 1914, à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 1944.

ROLE DE LA SYPHILIS
DANS
L'HYPERTROPHIE PLACENTAIRE

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Thérèse GALLET

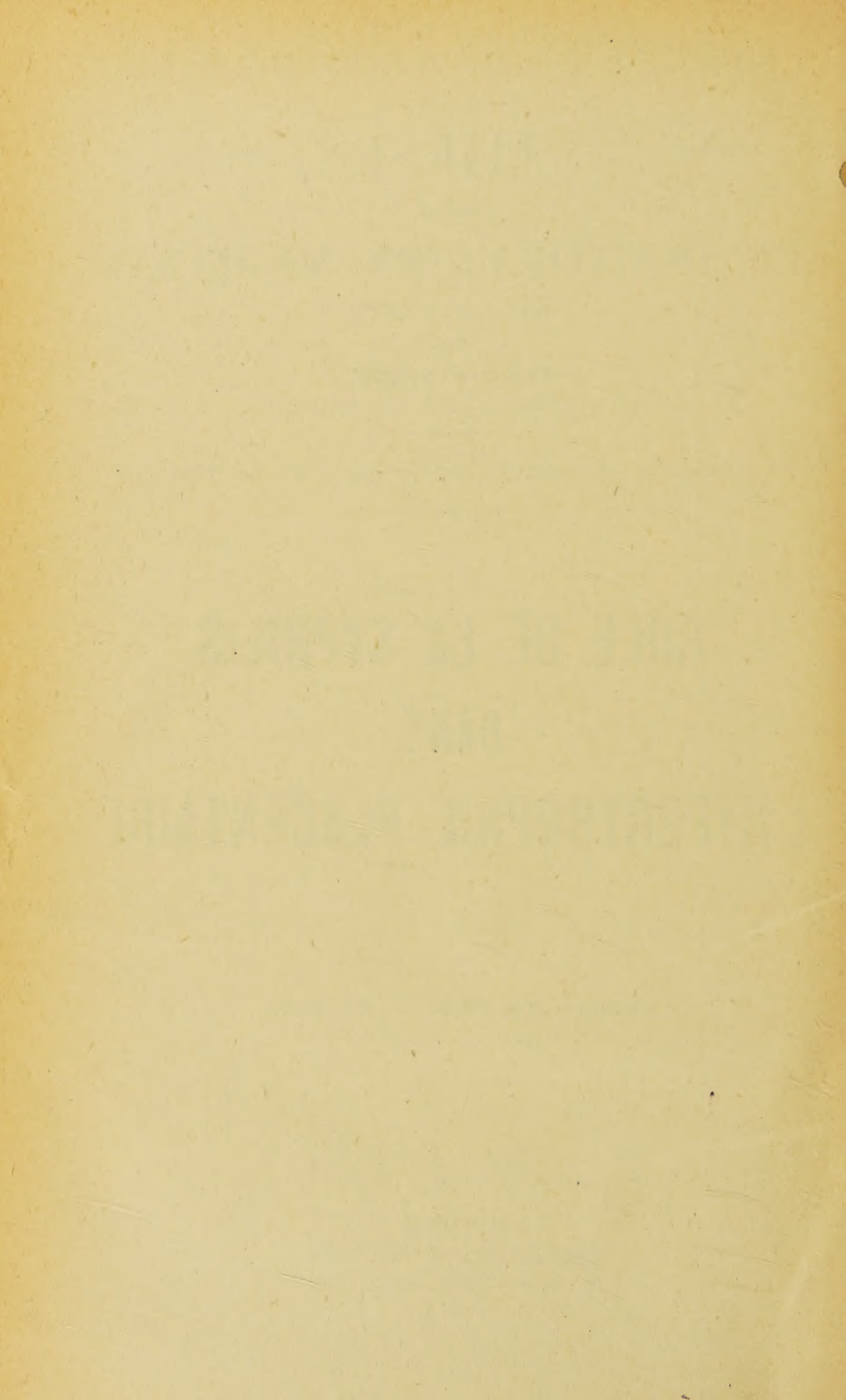
Née le 22 Novembre 1914, à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 1944.

**ROLE DE LA SYPHILIS
DANS
L'HYPERTROPHIE PLACENTAIRE**

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944



DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezangon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN LÉON BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	BENARD (H.).
Cliniques médicales	CHABROL.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie et matière médicale
 Physiologie
 Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*) ..
 Puériculture.
 Radiologie médicale
 Stomatologie
 Physique médicale
 Technique chirurgicale
 Thérapeutique

MM.
 LAVIER.
 LEMAIRE.
 MOREAU.
 T DE GENES.
 HAZARD.
 BINET (Léon).
 RICHEL (Charles).
 LELONG.
 DESGREZ (H.).
 DECHAUME.
 STROHL.
 MOULONGUET.
 LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*). GAILLARD (*Parasitologie*).
 HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*).
 Mile J. LEVY (*Pharmacologie*). OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	CORDIER.	Pathologie chirurgicale ..	PADOVANI.
	DELMAS.		PATEL.
Anatomie pathologique ..	N. T DEBEYRI.	Pathologie expérimentale .	ROUX.
	DELARUE.		RUDLER.
	Mile GAUTHIER-		SICARD.
Bactériologie ..	VILLARS.	Pathologie expérimentale .	MERKLEN.
	BONNET.		BROUET.
Biochimie médicale	FASQUELLE.	Pathologie médicale	CACHERA.
	ETTORI.		DECOURT.
Dermato syphillographie .	SCHAPIRA.		DREYFUS (G.).
	DEGOS.		FAUVERT.
Histologie	COUJARD.		GARCIN.
	DESCLAUX.		HAMBURGER.
Hydrologie	DEBRAY.		KOURILSKY.
	BOYER.	Pédiatrie	LAMY.
Hygiène	DEPARIS.		LENEGRE.
	DESOILLE.	Pharmacologie. .	MARCHAL.
Médecine légale.	DE SEZE.		MAURIC.
	DIGONNET.	Physiologie . . .	SOULIE.
Neurologie . . .	MAYER.		LAPLANE.
	SUREAU.	Physique médicale	MARIE (J.).
	VARANGOT.		DJOURNO.
Ophtalmologie ..	OFFRET.	Psychiatrie . . .	CHEYMOL.
	AUBIN.		BARGETON.
Parasitologie. . .	BRUMPT, L. C.	Thérapeutique	PARROT.
	FEVRE.		AGR. CH. D'ENS. .
Pathologie chirurgicale. . .	HUGIER.	Urologie	COUVELAIRE, R.
	LEGER.		
	MERLE d'AUBIGNÉ.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		M.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE.	Clinique médicale	DE GENNES.
	BASSET.		HAGUENAU.
	DE GAUDART		MOLLARET.
	D'ALLAINES.		MOUQUIN.
	FUNCK-BRENTANO.		TURPIN.
Clinique médicale	GATELLIER.	Clinique obstétricale . .	ECALLE.
	MENEGAUX.		LACOMME.
	BARIETY.	Clinique ophtalmologique Clin. otho-rhino- laryngologique	RENARD.
	BOULIN.		HALPHEN.
	CHEVALLIER.		
	COSTE.		

V. — CHARGES DE COURS

M.

Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef . . D^r A. HAHN.

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les
opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

*Bien faible témoignage de ma
grande affection et de ma profonde
reconnaissance.*

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Clinique Baudelocque
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage respectueux de
notre reconnaissance pour le grand
honneur qu'il nous a fait d'accep-
ter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RAVINA

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui a bien voulu nous confier ce
sujet de thèse et s'intéresser à notre
travail.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de
notre reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE
LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui par son enseignement a su
nous inspirer le goût de l'obstétri-
que.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de
notre respectueuse reconnaissance
et de notre profonde admiration.*

A NOTRE MAITRE
LE DOCTEUR JEAN CARAVEN

Chevalier de la Légion d'Honneur
Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens

*Qui nous a guidé de toute sa
bienveillance et de sa grande expé-
rience, qui nous a inspiré le respect
de la médecine et la morale pro-
fessionnelle.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de
notre immense reconnaissance et de
toute notre admiration.*

AU PROFESSEUR AGRÉGÉ
MADEMOISELLE GAUTHIER-VILLARD

*Qui a eu la bienveillance de nous
interpréter nos coupes.*

*Qu'elle trouve ici le témoignage
de notre profonde reconnaissance.*

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX D'AMIENS

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE

(*in memoriam*), 1938.

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BUTLER D'ORMONT 1939.

MONSIEUR LE DOCTEUR POULAIN 1939.

MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDAT 1940.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAX 1940.

MONSIEUR LE DOCTEUR PARIS.

A MES CAMARADES D'AMIENS

INTRODUCTION

« La discordance marquée entre le poids du fœtus et celui du placenta constitue-t-elle un moyen pratique de dépister l'hérédo-syphilis ? ». Telle est la première phrase de l'article de Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL paru dans le *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, en juillet 1921.

Nous reprendrons cette question dans ce modeste travail, fait à l'instigation de Monsieur le Docteur Jean RAVINA, accoucheur de la maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Nous la discuterons en nous basant sur les statistiques de ces trois dernières années 1941, 1942, 1943, faites à la maternité de l'hôpital Saint-Louis.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

D'après la théorie classique, l'hypertrophie placentaire serait un signe de syphilis.

Les thèses de MILLET 1861, de BUSTAMENTE 1858, de ZENTLER 1891, effleurent seulement la question.

C'est CORREA DIAZ en 1891, dans sa thèse faite à l'instigation du Professeur PINARD, qui affirme pour la première fois l'influence hypertrophiante de la syphilis sur le placenta.

Depuis cette époque, deux courants d'idées se sont manifestés jusqu'en 1904. Mais la plupart des auteurs confirment l'opinion du Professeur PINARD; cette opinion devient classique.

Dans les premières éditions du Traité de RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, il est écrit : « L'hypertrophie placentaire de la syphilis conceptionnelle est si importante que dans un certain nombre de cas, le Professeur PINARD a pu reconnaître la syphilis chez le père et la mère du fœtus alors qu'elle était passée inaperçue ou plutôt qu'en l'absence de lésions actuelles on n'avait pas diagnostiqué la syphilis ancienne ».

Mais nous tenons à faire remarquer que RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE ont omis de spécifier l'opinion du Professeur PINARD sur la syphilis récente. Selon le Professeur PINARD, celle-ci ne déterminerait pas toujours l'hypertrophie placentaire.

Dans la Pratique de l'Art des Accouchements, BAR, BRINDEAU et CHAMBRELANT, l'ont justifié aussi.

WALLICH en 1893, au cours d'une conférence faite dans le service du Professeur FOURNIER, a marqué la valeur du gros placenta dans la syphilis.

Dans leur thèse, BRIDIER 1893, BLANCHET 1902, se rangent aux mêmes conclusions.

En 1909, dans sa thèse, GIRAULT constate dans la proportion de 64 % des cas, en examinant le foie et la rate d'enfants morts et macérés, la présence de spirochètes dans le placenta et l'excès de poids de celui-ci. Ce rapport élevé serait d'après cet auteur un signe certain de syphilis et il conclut par la phrase suivante : « L'excès de poids du placenta par rapport à celui du fœtus = syphilis ».

Dans une communication faite la même année à la Société d'Obstétrique de Lyon, PLANCHU apporte ses statistiques qui démontrent la valeur pratique de cette hypertrophie.

Cependant, il semble que tous les auteurs ne soient pas d'accord sur ce sujet.

En 1896, SCHWAB, dans sa thèse, ne se range pas à cette idée. « Souvent lorsque l'enfant naît à terme et en bon état d'une mère syphilitique, dit-il, l'hypertrophie placentaire ne semble pas exagérée. Parfois même dans ce cas, le poids peut ne pas dépasser la normale ».

PETIT, dans sa thèse en 1904, élève une voie nettement discordante. Il écrit : « A l'heure actuelle, nous ne pouvons plus reconnaître à la loi de Monsieur le Professeur PINARD, tout le crédit que les praticiens lui ont accordé jusqu'à ce jour. Il y a des cas, conclut-il, où le rapport entre le poids de l'enfant et celui du placenta est égal à un quart et les enfants ne sont pas syphilitiques, et d'autres où ce rapport est égal ou même inférieur à 1.6, rapport normal, et les enfants présentent des lésions syphilitiques.

En 1912, dans sa thèse, Jean BOBRIE conclut : « Que la syphilis post-conceptionnelle et la gravité de la syphilis du fœtus n'ont aucun rapport avec l'hypertrophie placentaire ».

Dans sa thèse, LABOURDETTE, l'année suivante, reprend la question en s'appuyant sur la réaction de Bordet-Wasserman. Il s'efforce de vérifier d'une part, si le placenta est toujours hypertrophié dans la syphilis et si son poids est égal au quart de celui du fœtus ou s'en approche, d'autre part, si l'hypertrophie placentaire, en dehors de toutes lésions objectives, est un signe de syphilis. « Dans la syphilis, le placenta est beaucoup moins souvent augmenté de poids que ne le dit la théorie classique. Tout enfant robuste et sain en apparence naissant d'une mère paraissant saine, ne doit pas être nécessairement considéré comme syphilitique du seul fait que son placenta est lourd ».

La même année, en 1913, dans sa thèse faite à Tarnier, LAURENT nous dit : « Lorsque les enfants naissent vivants et à terme de mères syphilitiques, l'hypertrophie, par rapport au poids fœtal, nous a paru nulle ou peu accentuée et dans certains cas mêmes ce poids relatif du placenta est inférieur au poids moyen ».

Comme Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL nous l'expose dans un travail paru à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris (juillet 1921) : « Il faut considérer dans la syphilis l'action de celle-ci, le résultat des accidents contractés pendant la grossesse et les lésions antérieures à la gestation, les lésions évolutives, ou les formes latentes, la syphilis héréditaire ou la syphilis active ».

En un mot, dit-il, on n'a pas tenu compte des facteurs capables de modifier les éléments de l'œufs, c'est-à-dire : date de la contamination, activité des lésions, influence des traitements divers.

CHAPITRE II

STATISTIQUES RELEVÉES SUR LES REGISTRES DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Nous avons considéré que l'hypertrophie placentaire commençait lorsque le poids du placenta atteignait ou dépassait le $1/5$ du poids du fœtus.

L'enquête que nous avons faite a été avant tout une enquête clinique et sérologique. Dans quelques cas nous avons fait un examen anatomo-pathologique du placenta.

Adoptons ici le plan de Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL qui rendra notre exposé plus clair.

I) — Le rapport fœto-placentaire anormal est-il un signe de syphilis ?

Nous avons consulté les registres de la maternité de l'hôpital SaintLouis durant les années 1941, 1942, 1943.

Nous avons constaté durant ces trois années que sur 5.868 accouchements, nous avons eu 964 cas d'hypertrophie placentaire. Il y en a 909 où nous ne trouvons en toute certitude aucune syphilis ni clinique ni sérologique.

Dans 55 cas, l'état sérologique des femmes nous permet de soupçonner la syphilis sans pouvoir l'affirmer : B. W. douteux, Hecht ou Kahn standard partiellement positif.

Nous avons exclu dans ce paragraphe tous les cas de syphilis avérées ou cliniquement suspects.

Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL rapporte dans son article de juillet 1921, paru dans la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, les chiffres suivants :

« Sur 176 cas d'hypertrophie placentaire, il y en a eu 99, c'est-à-dire 56,2 % où l'on trouve en toute certitude la syphilis.

Dans 41 cas, l'état pathologique de l'œuf, indépendamment de l'hypertrophie placentaire, permet de la soupçonner sans que nous puissions l'affirmer avec certitude.

Dans 28 cas, c'est-à-dire 15 %, rien ne permet de la soupçonner ».

II) — *L'influence de la syphilis ancienne sur le placenta.*

Sur 5.868 femmes accouchées ces trois dernières années à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 263 étaient atteintes de syphilis ancienne ou héréditaire. Le diagnostic a été confirmé par l'examen sérologique ou par l'interrogatoire qui a montré chez certaines des accidents antérieurs pour lesquels elles ont été traitées.

Ces trois dernières années, nous avons eu seulement dans 55 cas une disproportion fœto-placentaire (54 femmes traitées, une seule non traitée) et 208 cas où le rapport fœto-placentaire était égal à la normale, c'est-à-dire 20 %. Dans ces 263 cas de syphilis, il y en avait 16 cas seulement où les femmes n'étaient pas traitées, ce qui fait donc 6,3 % non traitées, ce qui paraît minime.

Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL dans son article nous communique la proportion suivante :

« 1^{re}) La syphilis ancienne non traitée donne dans plus de la moitié des cas un placenta dont le poids est supérieur à la normale.

2^e) La syphilis ancienne non réactivée par la ges-

tation, ou réactivée, mais soumise au traitement arsenical au cours de la gestation à une action hypertrophiante nulle ou modérée sur le placenta ».

III) — *Influence de la syphilis active sur le placenta.*

Nous avons constaté ces trois dernières années à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 22 cas de syphilis active traitée pour la plupart régulièrement et de façon satisfaisante par le bismuth et par l'arsenic.

Quatre cas d'hypertrophie placentaire, dont deux cas avec B. W. positif à l'accouchement et deux cas avec B. W. négatif.

Donc, 18 cas où la disproportion fœto-placentaire n'existait pas. Là encore, il n'y a pas une grande fréquence d'hypertrophie placentaire (20 %).

Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL nous écrit dans son article les phrases suivantes : « La syphilis floride non traitée (syphilis secondaire, syphilis pigmentaire, roséole, plaques muqueuses), a une action hypertrophiante sur le placenta. Mais le traitement semble atténuer cette hypertrophie. L'action de sels arsénicaux paraît plus active que celle des sels mercuriels et cette différence est d'autant plus accusée que le traitement a été régulier et institué plus près du début de la grossesse ».

Il semble donc que ces résultats ne concordent pas avec la théorie classique et nous pouvons nous demander avec LAURENT : « L'hypertrophie placentaire ne peut-elle donc être regardée comme un signe certain de syphilis ? ».

IV) — *Influence de la syphilis contractée pendant la gestation.*

Ces trois dernières années, nous avons constaté à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 12 cas où la syphi-

lis avait été contractée pendant la grossesse. Ces 12 grossesses ont donné, toutes, naissance à des enfants vivants. Toutes ces malades avaient été traitées dès l'apparition du chancre par l'arsenic. Dans 2 cas seulement, nous avons constaté une légère disproportion fœto-placentaire.

Nous pouvons dire avec PINARD que « La syphilis récente ne déterminait pas toujours l'hypertrophie placentaire ».

Nous ne pouvons tirer de conclusions car le traitement a été institué dès l'apparition des lésions; traitement efficace puisque les enfants sont vivants, tous d'aspect normal et la sérologie de la mère était négative au moment de l'accouchement.

Nous pouvons ajouter qu'il semble même que l'hypertrophie placentaire est d'autant plus légère que la maladie a été contractée près du terme.

Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL nous dit : « Dans près des 2/3 des cas la syphilis post-conceptionnelle donne un placenta de poids normal. L'influence hypertrophiante lorsqu'elle s'exerce, est d'autant plus accusée que la syphilis a été contractée plus près du début de la gestation ».

V) *Gros placenta.*

Suivant ces trois dernières années, à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 7 très gros placentas. Dans ces 7 cas, aucun n'était syphilitique. L'un d'entre eux correspondait à un anasarque fœto-placentaire.

VI) — *Relation du Bordet-Wasserman et de l'hypertrophie placentaire.*

Nous avons relevé sur les reigstres de la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 964 cas d'hypertrophie placentaire.

Dans 909 cas, nous n'avons trouvé aucune trace de syphilis : Bordet-Wasserman négatif.

Dans 61 cas, nous avons pu soupçonner la syphilis : le diagnostic a été confirmé par l'interrogatoire qui a montré chez certaines des accidents antérieurs pour lesquels elles ont été traitées :

Dans 22 cas, celles-ci présentaient un Bordet-Wasserman négatif (40 %).

Dans 39 cas, celles-ci présentaient un Bordet-Wasserman positif à l'accouchement (60 %).

En résumé : certains cas de syphilis donnent manifestement de gros placentas.

Cependant les statistiques ne sont pas probantes.

Du temps de PINARD les syphilitiques étaient plus ou moins bien traités.

Malgré la recrudescence de la syphilis actuelle, les gens sont traités précocement par l'arsenic ou sels de bismuth, ce qui explique les différences de statistiques.

D'autre part, la syphilis n'agit pas toujours de la même façon sur les individus, de même sur le placenta.

CHAPITRE III

HYPERTROPHIE PLACENTAIRE

Avant toute discussion, définissons l'hypertrophie placentaire.

Nous entendons par hypertrophie placentaire, l'accroissement anormal du poids et du volume du placenta.

Ce fait n'est pas rare, puisqu'en parcourant les registres d'observations de la maternité de l'hôpital Saint-Louis durant ces trois dernières années, 1941, 1942, 1943, nous en avons relevé de nombreux cas.

Or la syphilis n'en serait pas toujours la cause. C'est ce que nous allons discuter dans ce chapitre.

L'hypertrophie placentaire seule, permet-elle de dépister la syphilis ? D'après la théorie classique de Monsieur le Professeur PINARD, nous répondrons affirmativement. Ce dernier prétend avoir dépisté la syphilis chez le père ou la mère, alors qu'elle était passée inaperçue en l'absence de lésions actuelles.

D'autres auteurs ne se rangent pas à cette idée. SCHWAB prétend que l'on ne peut affirmer qu'il s'agit de syphilis par le fait seul que le placenta est lourd, il semble même, dit-il, que dans certains cas de syphilis le poids du placenta ne semble pas dépasser la normale.

D'après nos observations relevées sur les registres de la maternité de l'hôpital Saint-Louis, nous serons

moins catégoriques que tous ces auteurs. Nous suivrons plutôt l'éclectisme de Monsieur le Professeur LÉVY-SOLAL qui pense qu'il y a là matière à plus de réflexion. Le problème semble plus complexe. Il faudrait tenir compte de tous les facteurs capables de modifier les éléments de l'œuf; la date de contamination, l'activité des lésions, l'influence des traitements divers.

D'après notre expérience personnelle, il semble que l'hypertrophie placentaire existe en dehors de toute syphilis et, qu'au contraire, dans les cas de syphilis, le placenta est bien souvent normal. Reportons-nous pour cela à nos observations et à la statistique. En effet, la presque totalité des syphilis récentes et la totalité des syphilis post-conceptionnelles ont été traitées de façon satisfaisante et suivie par l'arsenic et le bismuth. D'ailleurs, EASTMAN, dans son article, prétend que l'arsenic serait une thérapeutique qui empêcherait l'action hypertrophiante de la syphilis.

Nos statistiques montrent que sur 5.868 accouchements faits à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 964 d'hypertrophie placentaire, nous en avons 909 où il n'y a aucun signe de syphilis clinique ou sérologique. Dans 61 cas seulement, nous avons trouvé la syphilis.

Voyons dans ce paragraphe si l'hypertrophie placentaire concorde avec un Wasserman positif ou non.

Consultons nos observations III et VI; nous voyons que dans l'une, l'hypertrophie n'existe pas, alors que le B. W. est positif. Dans l'autre, le B. W. est négatif et nous constatons l'hypertrophie placentaire marquée.

Nous pourrions dire avec SCHWAB : « Souvent lorsque l'enfant naît à terme et en bon état d'une mère syphilitique, l'hypertrophie placentaire ne semble pas très exagérée. Parfois même dans ce cas, le poids ne dépasse pas la normale » et, avec PETIT, « qu'il y a des cas où le rapport entre le poids de l'enfant et celui du placenta est égal à 1,4 et les enfants ne sont pas syphi-

litiques et d'autres où se rapport est égal ou même inférieur à 1/6 au rapport normal; et les enfants présentent des lésions syphilitiques.

Dans notre étude, mettons maintenant en parallèle la syphilis et l'examen anatomo-pathologique.

Nous n'avons pu malheureusement faire que quelques examens de placenta. Nous avons prélevé du placenta de trois femmes ayant une syphilis avérée. Pour l'examen de ces coupes, nous avons eu recours à la compétence du Professeur agrégé Mademoiselle GAULTIER-VILLARD que nous tenons à remercier bien vivement.

Dans ces trois observations, nous avons pu voir que dans la première, il s'agit d'une syphilis assez ancienne avec rechute sérologique et clinique pendant la grossesse. L'évolution de la grossesse a été normale malgré tout, grâce sans doute au traitement. A l'accouchement, nous lui trouvons une disproportion fœto-placentaire de 1/5 environ. L'examen du placenta nous montre quelques lésions vasculaires et villositaires qui semblent correspondre aux lésions classiques du placenta syphilitique que nous avons décrit plus haut. Il semblerait ici qu'il y a concordance entre l'augmentation du placenta et la syphilis, mais remarquons qu'il s'agit d'une syphilis de rechute active. Pour quelle raison ? nous l'ignorons.

Dans la deuxième observation nous avons affaire à une syphilis récente qui a débuté au quatrième mois de la grossesse et traitée par une série de novar et de bivalent. A l'accouchement, nous avons une disproportion fœto-placentaire très marquée. La sérologie est négative mais l'examen histologique nous montre quelques lésions vasculaires qui ne semblent pas spécifiques à la syphilis.

Il semble ici que notre observation est très en contradiction avec bien des auteurs, même avec PINARD qui prétend que la syphilis récente ne donne pas d'hypertro-

phie placentaire, or, nous avons une hypertrophie placentaire marquée avec une syphilis récente.

Dans notre troisième observation, la syphilis est ignorée et découverte par la sérologie au moment de la grossesse. Cette femme n'a jamais été traitée. A l'accouchement, nous ne constatons aucune hypertrophie du placenta et aucune lésion syphilitique de ce dernier. Bien qu'il soit difficile d'affirmer avec certitude la syphilis dans ce cas, celle-ci est très probable. L'enfant dont la courbe de poids n'est pas satisfaisante, est traité par des frictions mercurielles et au sulfar, mais ce traitement peut-il être considéré comme spécifique de la syphilis puisque, dans bien des cas où il est employé, en dehors de celle-ci, il donne de très bons résultats ?

Nous voyons que, d'après cette observations, nous avons affaire à une syphilis qui paraît ignorée sans traitement, donc aucune influence empêchante de celui-ci sur l'hypertrophie; nous ne constatons aucune hypertrophie placentaire.

Ces trois observations semblent toutes en contradiction avec les thèses classiques qui prétendent que, soit l'hypertrophie placentaire est toujours syphilitique, soit que la syphilis récente ne donne pas d'hypertrophie ou peu, soit que le traitement a une influence empêchante sur l'hypertrophie.

Maintenant, étudions le rôle de la syphilis dans l'hypertrophie placentaire en nous basant sur les statistiques que nous avons faites ces trois dernières années à la maternité de l'hôpital Saint-Louis.

« Nous ne pouvons parler de statistiques sans heurter des opinions arrêtées et sans nous attirer maintes critiques ironiques. Mais seules les statistiques offrent un moyen de résoudre des questions d'une réelle importance, de réaliser quelques progrès dans certains domaines. Pour cela, il faut connaître leur maniement, à dit Monsieur Jean GOSSET ».

En France, dès que l'on parle de statistiques, les contradicteurs s'élèvent et crient au mensonge. Pourtant les statistiques peuvent dire la vérité, tout dépend de ceux qui les emploient.

Sur 5.868 accouchements, nous avons trouvé 964 cas d'hypertrophie placentaire, donc 4.904 cas de placentas normaux, ce qui nous fait un pourcentage d'environ 20 % d'hypertrophie placentaire par rapport aux placentas normaux.

Pour savoir si nos statistiques sont justes, il faut faire un calcul de probabilité qui permet de mesurer le facteur chance. Suivant la formule suivante :

X = Erreur type.

N = Le nombre d'expériences, qui sera ici le nombre d'accouchements.

P = Le pourcentage trouvé expérimentalement.

$$\begin{aligned}
 X &= 2 \frac{p(100 - p)}{N} \quad \text{c'est-à-dire :} \\
 X &= 2 \frac{20(100 - 20)}{5.868} \\
 20 \pm 2 &= \frac{20(100 - 20)}{5.868} \\
 20 \pm 2 &= \frac{20(100 - 20)}{5.868} = 20 \pm 1,06 = 21,06 \% \\
 20 - 2 &= \frac{20(100 - 20)}{5.868} = 20 - 1,06 = 19,94 \%
 \end{aligned}$$

Ce pourcentage varie de 19,94 % à 21,06 %, donc nous pouvons conclure qu'il y a 20 % d'hypertrophie placentaire par rapport aux placentas normaux.

Puis voyons le pourcentage de l'hypertrophie placentaire dans la syphilis. Nous avons constaté durant ces

trois dernières années à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 297 cas de syphilis, tant de syphilis ancienne que syphilis récente.

Sur 297 cas, nous avons eu 61 cas d'hypertrophie placentaire, ce qui fait à peu près un pourcentage de 20 %, d'où 80 % de placentas normaux.

$$X = 2 \frac{20 (100 - 20)}{297}$$

$$20 \pm 2 \frac{20 (100 - 20)}{297}$$

$$20 + 1,46 = 21,46 \%$$

$$20 - 1,46 = 18,54 \%$$

ce qui nous fait un pourcentage de près de 20 %.

D'autre part, sur 5.868 femmes, nous avons constaté 297 cas de syphilis, ce qui fait 5.571 femmes saines, c'est-à-dire 5 % de syphilitiques.

$$5 \pm 2 \frac{5 (100 - 5)}{5868}$$

$$5 + 0,58 = 5,58 \%$$

$$5 - 0,58 = 4,42 \%$$

Nous pouvons donc affirmer un pourcentage de 5 % de syphilis.

Sur 964 cas d'hypertrophie placentaire, nous avons constaté 61 cas d'hypertrophie placentaire syphilitique, ce qui fait environ 6,3 % d'hypertrophie placentaire syphilitique.

$$6,3 \pm 2 \frac{6,3 (100 - 6,3)}{964}$$

$$6,3 + 0,60 = 6,90 \%$$

$$6,3 - 0,60 = 5,70 \%$$

Donc, nous avons trouvé 6,3 % d'hypertrophie chez les syphilitiques par rapport aux hypertrophies totales.

D'après nos statistiques, il semble qu'avec une hypertrophie placentaire seule, nous ne pouvons affirmer, comme Monsieur le Professeur PINARD le faisait, avoir affaire à une syphilis.

D'autre part, il semble quand même qu'il y ait une plus grosse proportion d'hypertrophie placentaire dans le cas de Bordet-Wassermann positif.

Dans 61 cas d'hypertrophie placentaire syphilitique, nous avons relevé 39 cas d'hypertrophie placentaire avec Bordet-Wasserman positif : 60 %.

Dans ces 61 cas, 22 cas d'hypertrophie placentaire avec Bordet-Wasserman négatif : 40 %.

CHAPITRE IV

PLACENTA ET SYPHILIS

Nous étudierons dans ce chapitre « PLACENTA et SYPHILIS » en nous basant sur la clinique, la sérologie et l'anatomo-pathologie.

LA CLINIQUE.

Nous allons d'abord envisager le cas où le médecin n'a pour appuyer son diagnostic que les données de l'examen clinique. Cette éventualité est possible encore à l'heure actuelle dans les campagnes et aux colonies où le médecin, loin de tout laboratoire, ne peut demander d'examen sérologique.

Au hasard d'un accouchement, son attention a pu être attirée par une disproportion fœto-placentaire.

L'examen de l'enfant ne révèle ni gros foie ni grosse rate ni stigmates cutanés hérédosyphilitiques.

L'examen de la mère est négatif. Son interrogatoire et celui du conjoint ne révèlent aucun antécédent personnel ni héréditaire.

Devant les résultats de cette enquête de dépistage le médecin est-il en droit d'instituer un traitement anti-syphilitique ?

A notre époque, nous ne nous en sentons pas le droit et il nous paraît indispensable d'exiger des examens

complémentaires, en particulier, une réaction de Bordet-Wasserman.

LA SÉROLOGIE.

C'est en 1906 que la séro-réaction de Bordet-Wasserman fait son apparition pour le dépistage de la syphilis. C'est un complément à l'examen clinique, pratique et rapide. Il est employé maintenant d'une façon systématique dans les dispensaires et les maternités, afin d'instituer le plus précocement possible un traitement chez les femmes enceintes s'il y a lieu.

Mais on n'a pas le droit sur un résultat isolé d'une réaction de Bordet-Wasserman et d'une hypertrophie placentaire en dehors de toute lésion syphilitique, d'instituer un traitement qui peut durer des années et parfois toute la vie; traitement qui pourrait constituer une tare pour toute une famille.

Sans donner une valeur absolue à une réaction de Bordet-Wasserman positive ou douteuse, aucun signe clinique de syphilis, il y a lieu d'y attacher une grande importance et de pratiquer d'autres réactions sérologiques, Hecht, Meinicke, Kahn, hémo-diagnostic.

Il n'y a pas seulement que le Bordet-Wasserman comme réaction sérologique.

MEINICKE, dès 1925, avait décrit pour sa première technique de pacification une micro-méthode. Celle-ci exigeait une séparation minutieuse du sérum et du caillot. La méthode actuelle emploie le sang complet ou débarrassé grossièrement du caillot. Il y a plusieurs méthodes, celle de Ide au sang total frais, celle de Chédiak au sang sec, celle au papier de Ko-da-guo et alors celle de DEMANCHE qui est la réaction de Wasserman au sang sec.

Ces réactions, malheureusement, semblent moins sensibles que celles faites avec le sérum. Leur défaut de sensibilité s'est manifesté surtout dans le cas de

chancre récent et de syphilis latente traitée. Par contre, elles donnent d'excellents résultats dans la syphilis en activité. C'est surtout dans la médecine sociale qu'elles trouvent leur indication et qu'elles développent tous leurs avantages. Aussi cette méthode semble prendre de plus en plus d'importance dans le dépistage de la syphilis et peut épauler la clinique. Mais ces résultats sont quelquefois discutables et nous ne pouvons en tenir compte.

D'autres examens peuvent être faits en plus de la sérologie, entre autre, l'examen histologique du placenta.

ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU PLACENTA SYPHILITIQUE.

Les classiques disent que le placenta est de couleur pâle, d'aspect lardacé, de consistance friable. Il se déchire facilement pendant la délivrance, ce qui est une des causes de rétention du placenta.

Le seul aspect macroscopique révèle déjà la maladie de l'organe : œdème presque constant qui consiste en une infiltration de tous les tissus par du liquide séro-sanguinolent, ce qui annonce déjà la nature essentiellement vasculaire des lésions que la syphilis produit dans le placenta. L'augmentation de poids présume tout cela. Un certain nombre de placentas syphilitiques sont lourds parce qu'ils sont œdématiés.

La relation entre le poids du placenta et celui du fœtus est anormal. Le poids du placenta syphilitique est le $\frac{1}{5}$, même le quart de celui du fœtus.

On a décrit également des infarctus. Les infarctus apparaissent généralement sur la face fœtale. Ils ont une épaisseur d'un demi à un centimètre. Ils ne paraissent sur la face maternelle que quand leur épaisseur équivaut à celle du placenta, ce qui a lieu quand ils sont près du bord. Leur couleur est gris jaunâtre, leur consistance dure.

A l'examen microscopique, l'attention est attirée tout d'abord par la diminution considérable ou presque constante des espaces et des lacs sanguins. Les villosités paraissent augmentées de volume, grossies, par l'accroissement du nombre et du volume des vaisseaux. C'est cette véritable hypertrophie villositaire qui est la vraie cause de la réduction des lacs sanguins qui deviennent quelquefois de simples espaces virtuels, les villosités se touchent les unes les autres.

En étudiant ces villosités, l'attention est attirée aussi vers l'hypertrophie irrégulière de la couche plasmoidale qui forme sur certains points de véritables manchons, sur d'autres, par contre, elle apparaît comme amincie, entrecoupée ou manquant complètement.

On constate une certaine prolifération des cellules de Langhans dont la couche apparaît dans certains cas formant de véritables cordons cellulaires qui s'enfoncent dans le tissu conjonctif de la villosité.

Quant aux lésions des vaisseaux intra-villositaires elles sont notables et presque constantes. Elles s'observent sur les artères et sur la veine, plutôt davantage sur les premières; on les voit, soit sur les trois tuniques, soit de préférence sur la tunique interne. Ceci a lieu surtout dans les vaisseaux de petits calibres où la tunique interne prolifère irrégulièrement en formant de petites crêtes ou mamelons qui rétrécissent irrégulièrement la lumière du vaisseau et arrivent quelquefois à la faire disparaître. Ceci a pour conséquence l'oblitération totale du vaisseau. Dans bien des cas on observe aussi les épaisissements de la tunique moyenne et adventice dont les éléments proliférés forment de véritables petits manchons autour des vaisseaux refoulant d'autre part, le stroma de la villosité et ils contribuent aussi au grossissement.

Une autre altération vasculaire observée avec une certaine fréquence est la dilatation et l'augmentation

considérable du nombre des vaisseaux; ceux-ci donnent aux tissus un aspect angiomateux.

Pour que cet angiome placentaire puisse se produire, il est nécessaire que la cause en soit lente et l'obstruction incomplète, au moins au début; car c'est seulement ainsi que peut s'établir la circulation compensatrice. C'est ainsi de cette façon que peut s'éviter l'hémorragie qui se produirait fatalement si l'oblitération était brusque. Cette lésion n'est pas caractéristique du placenta syphilitique puisque toute cause qui produit l'obstruction des vaisseaux peut l'occasionner.

Des altérations des vaisseaux de la villosité entraînent conséquemment des défauts d'irrigation, de l'anémie et de la nécrose consécutive. Les cellules qui revêtent les villosités sont les premières à en souffrir. En effet, elles dégénèrent facilement, victimes de l'ischémie; or, comme elles jouent vis-à-vis des espaces sanguins du placenta le rôle d'endothélium, le sang maternel se coagule tout autour de la villosité nue, et il s'y forme des masses fibrineuses, qui finissent par souder et englober plusieurs villosités dans une seule masse compacte dont le squelette sera formé par de la fibrine. Tel est le mode de formation de l'infarctus, lésion fréquente tout au moins microscopiquement dans le placenta syphilitique.

Du côté maternel du placenta, on trouve aussi d'importantes altérations d'infiltrations leucocytaires sous forme d'îlots ou de bandes, surtout autour des vaisseaux et refoulant les cellules déciduales de la caduque; on trouve les mêmes altérations dans tout le placenta.

CADUQUE.

Les lésions que nous avons décrites en détail, à propos du placenta maternel, sont identiques à celles que

l'on trouve dans toute la caduque; elles suffisent par expliquer l'épaississement considérable de celle-ci.

CHORION.

On y trouve une infiltration du tissu conjonctif.

AMNIOS.

On y a vu une infiltration leucocytaire de la couche conjonctive sur l'endothélium très intense dans certains cas, peu abondante dans d'autres : dans ce dernier cas il y a prédominance énorme de la multiplication des cellules qui constituent le revêtement endothélial de cette membrane, ce qui la fait apparaître dans certains points comme finissant de véritables mamelons qui simulent à s'y méprendre le syncytium des villosités choriales.

CORDON.

On y trouve de l'œdème, des varices, des rétrécissements.

Au microscope, ces lésions sont bien plus définies et notables : on y observe des processus intenses de pan-artérite et de phlébite avec obstruction presque complète des artères, ce qui est dû à la prolifération de l'endartère qui forme des mamelons et qui croît vers la lumière du vaisseau.

La couche moyenne offre aussi une inflammation presque constante qui est plus intense que dans les autres tuniques. Enfin, l'adventice paraît quelquefois dissocié par des bandes de tissus conjonctif muqueux, lequel est à son tour infiltré.

La veine ombilicale montre des lésions semblables à celles des artères, quoique moins intenses et aussi moins fréquentes, surtout en ce qui concerne la couche endothéliale.

Certains auteurs ont observé une infiltration intense de la gélatine de Wharton : funiculite syphilitique.

En résumé, macroscopiquement, le placenta est augmenté de volume, de couleur pâle, d'aspect chair à saucisse. On trouve microscopiquement une diminution considérable des espaces et des lacs sanguins, une augmentation de volume des villosités, une obstruction des vaisseaux, une dilatation et une augmentation du volume de ceux-ci.

Cordon : on trouve de l'œdème, de l'obstruction plus ou moins complète des vaisseaux.

En consultant la littérature médicale, nous avons vu que PASHEN et SHAUDINN ont constaté le tréponème autour des villosités fœtales. Dans un cas de septicémie à tréponème chez le nouveau-né syphilitique, MÉNÉTRIÉR et RUBENS-DUVAL ont vu les spirochètes dans les vaisseaux des villosités. Ils n'ont pu en déceler aucun dans le sang de la mère.

WALLICH et LEVADITI ont trouvé une fois le tréponème sur treize cas. Les spirochètes sont dans les villosités, soit en plein tissu muqueux, soit au contact des capillaires. Un certain nombre se trouvent entre les cellules de Langhans sur le syncitium. Les auteurs ont également rencontré le tréponème dans les parois des ramifications intra-placentaires des vaisseaux du cordon et de très rares parasites disposés entre les grosses cellules de la caduque, notamment dans les piliers de la caduque qui pénètrent dans l'intérieur du placenta.

NATTAN-LARRIER et BRINDEAU ont étudié le placenta d'un fœtus macéré, âgé de huit mois et demi. « La mère était en pleine période secondaire. Dans deux villosités nécrosées nous avons trouvé, disent-ils, des amas formés de deux ou trois spirochètes. Dans les parois de deux artérioles en voie d'oblitération nous avons trouvé

au niveau des couches épaisses de la tunique moyenne deux spirilles bien nets et bien isolés. Nous avons retrouvé le spirochète dans un infarctus péri-villositaire et au milieu de lacs sanguins maternels. Aussi dans le cytoplasme de quelques grosses cellules superficielles de la caduque et dans les couches conjonctives voisines ».

D'après MANOUÉLIAN « dans la syphilis héréditaire le tréponème existe rarement dans le placenta et dans le cordon. Bien souvent il y a absence de tréponème dans le placenta et pullulation dans le sang du fœtus ».

D'autre part, cet auteur nous dit que « dans le placenta syphilitique où le tréponème est introuvable par sa technique spéciale répétée et minutieuse, il finit par découvrir des foyers où le parasite se trouve sous forme minuscule de jeunes tréponèmes et de granules spirochètogènes ».

Toutes ces lésions sont surtout constatables dans les cas de syphilis en activité, non ou insuffisamment traitées. Elles expliquent l'hypertrophie placentaire dans les cas où la syphilis a donné le placenta dit chair à saucisse.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Sans vouloir citer ici toutes les observations de syphilis observées pendant ces trois dernières années, nous exposerons d'abord systématiquement toutes les observations où nous avons constaté : syphilis ancienne, syphilis active, syphilis post-conceptionnelle.

Puis nous avons insisté sur certaines d'entre elles où les femmes présentaient une syphilis avérée avec placenta suspect étudié histologiquement.

Enfin, nous avons mis celles des femmes présentant un placenta chair à saucisse.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 500 A 1.000 GRAMMES

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
17	1	620	320	1/2	Syphilis traitée, B. W. positif, enfant mort-né 6 mois.
18	1	800	220	1/4	Syphilis traitée, B. W. positif, enfant mort-né 6 mois.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 1.000 A 2.000 GRAMMES

24	2	1030	420	1/2,5	Syphilis traitée, B. W. négatif, enfant = R. A. S.
27	5	1100	390	1/3	Syphilis traitée I F. C., B. W. négatif, enfant = R. A. S.
23	2	1920 1950	920	1/4	Syphilis traitée, B. W. négatif, enfants : 1 décédé, rien à signaler à l'autre.
34	7	1400	300	1/4,5	Traitée d'une série de Sulfar depuis sa grossesse, 3 F. C., B. W. positif, enfant mort-né.
35	1	1890	320	1/5,5	syphilis ignorée, découverte par la sérologie B. W. positif enfant terme 7 mois frictions mercurielles.
24	4	1460	370	1/4	Traitée au Bivator depuis cette grossesse B. W. négatif enfant mort-né terme 6 mois.
32	2	1690	420	1/4	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S. terme 8 mois.

*INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 1.000 A 2.000 GRAMMES (suite)*

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
25	4	1330	420	1/4	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
19	I	1800	420	1/3,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
32	V	1940	530	1/4	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
25	II	1850	320	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.

*INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES*

32	IV	2350 2380	920	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfants : R. A. S.
20	I	2250	430	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
25	I	2800	520	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
21	II	2700	450	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	I	2780	570	1/5,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
23	II	2600	420	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
38	I	2640	420	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant mort-né.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
22	I	2850	420	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
40	II	2620 2520	850	1/6	Syphilis ignorée découverte par la sérologie, non traitée B. W. positif enfants : R. A. S.
20	I	2750	640	1/4,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
20	I	2970	540	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
17	I	2850	520	1/5,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
27	I	2850	520	1/5,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
32	IV	2600	470	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
32	IV	2350 2280	920	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfants : R. A. S.
28	IV	2850	480	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
20	I	2250	470	1/5,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
19	I	2630	400	1/6	Syphilis traitée découverte par la sérologie B. W. positif enfant : Sulfar.
32	IV	2900	570	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif I F. C. enfant : R. A. S.

*INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES (suite)*

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
34	I	2080	400	1/5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S. 8 mois.
30	VI	2400	440	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
28	V	2000	400	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant terme 7 mois : R. A. S.
26	I	2150	490	1/5	Syphilis traitée depuis 1930 B. W. négatif enfant : R. A. S.
33	II	2580	400	1/6	Syphilis traitée depuis 7 ans B. W. négatif enfant 6 mois $\frac{1}{2}$ mort.
23	II	2820	520	1/5,5	Syphilis non traitée découverte par la B. W. B. W. positif enfant : R. A. S.
28	I	2230	790	1/5	Syphilis traitée depuis 4 ans B. W. positif enfant : Sulfar.
38	IV	2220	600	1/3	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
21	I	2710	490	1/7	Syphilis traitée depuis 1941 : Bivitol B. W. positif enfant : R. A. S.
36	II	2770	540	1/5,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
29	I	2520	420	1/6	Syphilis traitée depuis 1939, interrompu 4 mois et repris depuis sa grossesse B. W. positif enfant : R. A. S.

*INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES (suite)*

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
27	III	2950	440	1/7,5	Syphilis traitée chez B. W. négatif enfant : R. A. S.
19	I	2880	441	1/7	Syphilis traitée depuis avril 1941 + Bivato1 + Novar B. W. positif enfant : R. A. S.
21	II	2610	460	1/6	Syphilis traitée, 30 piqûres B. W. positif enfant :
30	III	2770	470	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S., Sulfar.
35	IV	2750	440	1/7	Syphilis traitée depuis 1 an B. W. positif enfant : R. A. S.
39	IV	2950	500	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
41	IV	2450	350	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : F. M.
26	IV	2120	340	1/6	Syphilis traitée, I F. C. B. W. négatif enfant : R. A. S.
35	VII	2670	460	1/6	Syphilis traitée 7 ^e mois de gros- sesse B. W. positif enfant : F. M.
35	III	2770	450	1/7	Syphilis traitée, septième mois de grossesse B. W. + enfant : F. M.
29	VI	2930	670	1/5	Syphilis traitée depuis Février 1942 : Sulfar B. W. négatif enfant : F. M.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
29	IX	2950	800	1/3	Syphilis traitée, 2 F. C., 1932-1934. 3 grossesses 1937, 1938, 1939 B. W. négatif enfant : R. A. S.
22	III	2850	400	1/4	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
26	III	2350	700	1/3.5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	II	2920	440	1/4	Syphilis non traitée découverte par la sérologie B. W. enfant : R. A. S.
23	II	2850	520	1/5.5	Syphilis traitée au Bivatoï B. W. positif enfant : F. M.
40	VI	2700	400	1/7	Syphilis traitée à chaque grossesse B. W. négatif enfant : R. A. S., Sulfar.
29	II	2500	430	1/6	Syphilis traitée au Bivatoï depuis sa grossesse B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	III	2600	790	1/7	Syphilis traitée au Sulfar depuis sa grossesse B. W. positif enfant : Sulfar.
32	III	2850	420	1/7	Syphilis traitée au Bivatoï à partir du 6 ^e mois de sa grossesse B. W. positif enfant : terme 8 mois $\frac{1}{2}$ F. M.
24	I	2460	400	1/6	Syphilis traitée depuis 5 ans B. W. négatif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
25	I	2600	400	1/6,5	Syphilis non traitée ignorée découverte par la sérologie B. W. positif enfant : R. A. S. F. M.
30	III	2970	590	1/5	Syphilis traitée depuis 1932 B. W. négatif enfant : F. M.
18	II	2760	510	1/5,5	Syphilis traitée : Sulfar B. W. positif enfant : F. M.
33	V	2570	400	1/6	Syphilis traitée Novar et B. W. positif — 2 mort-nés enfant : mort-né.
21	III	2760	420	1/7	Syphilis traitée depuis 7 mois B. W. positif enfant : F. M.
20	I	2650	420	1/6	Syphilis ignorée découverte par B. W. positif, non traitée enfant : R. A. S.
32	II	2860	580	1/5,5	Syphilis traitée depuis 10 mois B. W. négatif enfant : R. A. S.
29	II	2700	420	1/7	Syphilis traitée depuis 6 ^e mois de la grossesse enfant décédé. B. W. positif
20	I	2030	520	1/4	Syphilis traitée depuis 1939 B. W. négatif enfant : R. A. S.
35	III	2800	590	1/5,5	Syphilis traitée, 14 piqûres B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	I	2960	470	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S. F. M.
28	II	2170	430	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S. F. M.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES (*suite*)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
38	III	2700	420	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : F. M.
19	I	2780	400	1/7	Syphilis traitée : Bivitol — Sulfar B. W. positif enfant : F. M.
29	II	2620	570	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : F. M.
30	II	2900	630	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : F. M.
21	I	2950	700	1/4,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : F. M.
28	II	2600	490	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : 8 mois F. M.
36	III	2870	570	1/5,5	Syphilis traitée, 2 F. C. B. W. négatif enfant : R. A. S.
33	VI	2070	600	1/3,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
22	I	2900	770	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant mort-né
21	I	2780	440	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant 8 mois R. A. S.
19	II	2970	400	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
18	I	2950	570	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 2.000 A 3.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
29	5	2500	400	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
24	I	2900	400	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
22	I	2570	520	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
22	II	2260 2700	910	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
27	I	2900	490	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
21	I	2290	360	1/6,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
31	VI	2770	500	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
21	III	2880	560	1/6	Syphilis traitée insuffisamment B. W. positif enfant : R. A. S.
19	III	2750	500	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
30	X	2700	170	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
29	II	2620	570	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
34	I	3030	480	1/7	Syphilis traitée depuis 1934 B. W. négatif enfant : R. A. S.
27	III	3170	540	1/6	Syphilis traitée à chaque grossesse B. W. positif enfant : F. M.
42	VIII	3250	500	1/6	Syphilis traitée depuis 7 ans : Bivitol 5 enfants décédés B. W. négatif enfant : F. M.
26	IV	3220	580	1/6	Syphilis traitée depuis cette grossesse 2 F. C. B. W. positif enfant : F. M.
19	II	3270	540	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : F. M.
34	XI	3990	610	1/6,5	Syphilis traitée depuis 7 ans Novar 1 série Sulfar 1 série Muthanol 3 séries Bivitol 3 séries 3 mort-nés B. W. positif enfant : F. M.
33	VI	3350	790	1/5,9	Syphilis traitée avant et pendant sa grossesse B. W. positif en 1935 négatif en 1941 enfant : F. M.
23	I	3560	650	1/6	Syphilis traitée : Bivitol B. W. positif enfant : R. A. S.
27	II	3720	530	1/7	Syphilis traitée : Bivitol B. W. positif enfant : R. A. S.

*INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)*

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
24	II	3760	640	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
32	II	3855	520	1/7	Syphilis traitée : Novar et Quinby B. W. positif depuis 1935 enfant : R. A. S.
32	VII	3700	480	1/9	Syphilis traitée : Bivatol B. W. négatif enfant : R. A. S.
32	I	3230	450	1/8	Hérédo-syphilitique Stigmate traitée Quinby + Bivatol B. W. $\pm$ enfant : R. A. S.
40	IX	3750	650	1/6	Syphilis traitée en 1942 : Biva- tol 5 enfants mort-nés B. W. négatif enfant : R. A. S.
33	IV	3970	700	1/5	Syphilis traitée Quinby B. W. positif enfant : R. A. S.
39	III	3650	820	1/4.5	Syphilis traitée : Bivatol — Novar — Bivatol B. W. négatif enfant : R. A. S.
38	V	3030	470	1/7	Syphilis traitée Quinby à la suite d'une F. C. B. W. négatif enfant : F. M.
33	VIII	450	580	1/7	Syphilis traitée depuis 1937 Bivatol B. W. négatif enfant F. M.
32	III	3700	600	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
22	I	3690	470	1/8	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S. F. M.
31	I	3630	540	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : F. M.
23	I	3100	440	1/7	Syphilis non traitée découverte par B. W. B. W. $\pm$ enfant : F. M.
25	I	3160	440	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : F. M.
27	III	3340	760	1/4,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
33	III	3220	580	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
19	I	3000	680	/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
28	II	3580	470	1/8,5	Syphilis traitée : Quinby B. W. négatif enfant : R. A. S.
20	III	3380	570	1/6	Syphilis traitée : Quinby B. W. positif enfant : R. A. S.
30	I	3320	760	1/4,5	Syphilis traitée 2 piqûres de Bivatol B. W. positif enfant : R. A. S.
24	VI	3070	630	1/5	Syphilis traitée : Bivatol, 2 séries de 15 1 F. C. B. W. positif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
30	II	3500	620	1/6	Syphilis traitée depuis 5 ans B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	II	3250	500	1/6	Syphilis traitée : BivatoI B. W. positif enfant : R. A. S.
28	IV	3180 2970	1120	1/6	Syphilis traitée au BivatoI de- puis 8e mois de sa grossesse B. W. positif enfant : R. A. S.
36	II	3680	500	1/7	Syphilis traitée : Novar et BivatoI B. W. positif enfant : R. A. S.
36	VIII	3350	470	1/7	Syphilis traitée : Quinby B. W. positif enfant : R. A. S.
34	IV	3270	650	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
27	I	3420	520	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : Sulfar
28	IX	3000	720	1/4,2	Syphilis traitée au 4e mois de sa grossesse, 3 piqûres Sulfar B. W. positif enfant : Sulfar
21	II	3000	720	1/4,2	Syphilis traitée depuis Décem- bre 1941 au BivatoI B. W. positif enfant : Sulfar
24	III	3000	670	1/5	Syphilis traitée 6 piqûres Sul- far, Janvier 1942 B. W. positif enfant : Sulfar
35	III	3200	480	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : Sulfar

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
22	I	3500	580	1/7	Syphilis découverte par B. W. B. W. positif enfant : R. A. S.
25	IV	3950	670	1/6	Syphilis traitée : Bivato 4 séries — Muthanol B. W. positif enfant : R. A. S.
35	I	3600	490	1/8	Syphilis traitée découverte par B. W. B. W. positif enfant : R. A. S.
33	5	3700	570	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
21	5	3100	490	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
41	II	3300	800	1/4	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
30	IV	3150	440	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	II	3050	550	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
29	IV	3180	470	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	III	3420	480	1/8	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	II	3620	520	1/7	Syphilis ignorée non traitée, découverte par la sérologie. B. W. positif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3,000 A 4,000 GRAMMES (suite)

Age	Partie	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
38	IV	3200	520	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
19	I	3470	840	1/4.5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
32	IV	3330	590	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
39	III	3420	540	1/6.4	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	II	3150	500	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	II	3850	600	1/6.5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
24	IV	3250	570	1/6	Syphilis traitée I. E. C. B. W. négatif enfant : R. A. S.
31	III	3680	470	1/8	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
24	IV	3050	620	1/5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
34	VII	3430	420	1/8	Syphilis non traitée car igno- rée, découverte par la sérolo- gie B. W. positif enfant : R. A. S.
39	VII	3270	600	1/5.5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
37	V	3850	920	1/4	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
20	I	3350	590	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
25	5	3170	820	1/4	Syphilis traitée 2 F. C. B. W. positif enfant : R. A. S.
22	5	3370	670	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
21	III	3660	540	1/6,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
30	III	3900	650	1/6,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
41	X	3920	750	1/5,5	Syphilis traitée 2 F. C. B. W. négatif enfant : R. A. S.
18	I	3100	690	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
21	I	3000	480	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
17	I	3500	620	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
22	II	3220	540	1/6	Syphilis ignorée découverte par B. W. positif enfant : R. A. S.
36	V	3150	580	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
28	III	3420	480	1/8	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	II	3620	520	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
36	IV	3200	520	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
27	III	3000	490	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
24	VI	3420	620	1/5,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
29	I	3900	690	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
34	II	3880	590	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
40	IX	3250	520	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
24	I	3050	740	1/4	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
27	IV	3100	550	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
19	I	3130	590	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
21	II	3250	590	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.

*INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)*

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
28	I	3380	700	1/4,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
25	II	3460	690	1/5,5	Syphilis héréditaire découverte par B. W. $\pm$ enfant : R. A. S.
37	V	3850	920	1/4,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
20	I	3300	590	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
33	I	3700	570	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
41	II	3300	800	1/4	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	II	3050	550	1/6	Syphilis traitée 1 F. C. B. W. négatif enfant : R. A. S.
29	IV	3180	470	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
30	II	3620	530	1/7	Syphilis traitée 2 F. C. B. W. positif enfant : R. A. S.
25	I	3430	540	1/6,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
33	I	3400	540	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
38	II	3340	590	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.

2 F. C.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
36	I	3560	640	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
31	II	3850	650	1/6	Syphilis traitée 1 F. C. B. W. négatif enfant : R. A. S.
21	III	3030	620	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
28	II	3250	700	1/4.5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
25	IV	3330	560	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	VII	3270	690	1/5.5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
30	II	3170	620	1/5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
38	I	3050	570	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
43	IV	3020	470	1/7	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	IV	3520	620	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
31	II	3250	470	1/8	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
21	III	3280	650	1/5.5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
24	I	3150	550	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
27	VI	3250	500	1/6,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
36	I	3850	590	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
28	III	3870	600	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
39	V	3270	520	1/6,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
22	I	3600	430	1/9	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
24	I	3700	670	1/5,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
22	II	3200	540	1/6,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
38	XII	3200	520	1/6,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
26	III	3220	640	1/5,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
24	I	3100	540	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
25	III	3000	550	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
24	II	3850	950	1/4	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
25	II	3150	520	1/6	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
23	I	3200	450	1/7,5	Syphilis traitée, bivotol B. W. positif enfant : R. A. S.
21	V	3200	470	1/8	Syphilis traitée 2 F. C. B. W. positif enfant : R. A. S.
30	VI	3320	620	1/5,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
24	IV	3370	590	1/6	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
28	I	3280	550	1/5,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S. F. M.
25	II	3600	570	1/6	Syphilis ignorée non traitée dé- couverte par la sérologie B. W. positif enfant : R. A. S.
20	I	3400	530	1/6	Syphilis ignorée non traitée dé- couverte par la sérologie B. W. positif enfant : R. A. S.
30	III	3150	420	1/7	Syphilis traitée 2 F. C. B. W. positif enfant : R. A. S.
23	I	3870	770	1/5,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
22	I	3410	570	1/6,5	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
35	I	3170	490	1/7	Syphilis traitée depuis cinq mois, Quinby B. W. négatif enfant sulfar.
30	IV	3900	590	1/7	Syphilis traitée sulfar et biva- tol B. W. positif enfant : R. A. S.
28	IV	3000	510	1/6	Syphilis traitée Quinby B. W. positif enfant F. M.
40	VII	3030	500	1/6	Syphilis traitée Quinby depuis sa grossesse B. W. positif enfant F. M.
28	III	3500	440	1/8,9	Syphilis traitée B. W. positif enfant : R. A. S.
19	I	3280	580	1/6	Syphilis traitée Quinby B. W. positif enfant F. M.
27	II	3800	620	1/6	Syphilis traitée sulfar B. W. positif enfant F. M.
32	III	3770	570	1/7	Syphilis traitée B. W. positif enfant F. M.
29	III	3400	870	1/4,5	Syphilis traitée depuis octobre 1943, à la suite d'un B. W. positif, aucun signe clinique.
26	III	3680	670	1/6	Traitée à chaque grossesse sulfar et bivatol B. W. négatif
27	V	3930	620	1/6,5	Traitée au muthanol B. W. négatif

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 3.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
29	V	3550	600	1/6	Traitée depuis cinq ans B. W. positif
35	II	3170	750	1/4,5	Traitée depuis 1939 B. W. négatif
22	I	3240	500	1/6	Syphilis traitée sulfar B. W. positif
26	II	3170	570	1/6	Syphilis traitée depuis 1937 B. W. négatif
20	I	3100	550	1/6	Syphilis traitée depuis une prise de sang K + + + Quinby B. W. négatif
16	I	3290	500	1/6	Syphilis ignorée découverte par B. W. positif non traitée
26	III	3970	770	1/6	Syphilis traitée 1 F. C. B. W. négatif

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 4.000 A 5.000 GRAMMES

36	X	4170	650	1/6,9	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
26	IV	4000	580	1/8	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
21	II	4020	620	1/6,5	Syphilis traitée B. W. négatif enfant : R. A. S.
37	VII	4080	800	1/5,5	Syphilis traitée 2 F. C. 1934-1939 B. W. négatif enfant F. M.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ANCIENNE SUR LE PLACENTA
ENFANTS DE 4.000 A 5.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
19	III	4060	600	1/6,5	Syphilis traitée Quinby depuis 1941 B. W. positif enfant F. M.
41	X	4100	650	1/6,5	Syphilis traitée depuis 1937 B. W. négatif enfant F. M.
26	III	4080	650	1/6,5	Syphilis traitée Quinby à la suite d'un B. W. positif

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ACTIVE SUR LE PLACENTA

41	V	3080	410	1/7	Syphilis traitée pour roséole, bivotol B. W. négatif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
21	I	3110	520	1/6	Syphilis traitée depuis quatre mois au novar et muthanol pour accident secondaire, dans le service du Docteur SÉZARY. B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
18	I	3120	430	1/7	Syphilis traitée depuis dix ans, hospitalisée dans le service du Docteur TOURAINE pour roséole. Plaques muqueuses anovulvaires. B. W. + + +. Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
24	I	3100	390	1/9	Syphilitique traitée pour accident secondaire B. W. positif Enfant sans lésion, frictions mercurielles.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ACTIVE SUR LE PLACENTA
(suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
42	IV	2750	670	1/5	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire B. W. négatif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
22	II	3070	670	1/5	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
34	V	3350	450	1/8	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
25	I	2520	520	1/5	Syphilitique traitée depuis quelques années et blanchie De nouveau traitée pour lésions cyanure B. W. négatif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
36	I	2620	620	1/4	Femme syphilitique traitée de nouveau depuis le quatrième mois de sa grossesse pour ac- cident secondaire — Novar et bivato B. W. + + à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
37	X	2730	540	1/5.5	Femme traitée à Saint-Louis pour roséole depuis le début de 1942. 1 F. C. en 1935 B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
21	II	2880	480	1/7	Syphilitique traitée au cyanure + sulfar + muthanol. Acci- dent secondaire de la avril 1942 B. W. + + Enfant sans lésion, frictions mercurielles.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ACTIVE SUR LE PLACENTA
(suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
23	I	2280	390	1/6	Syphilitique non traitée. A dit avoir eu une éruption au dé- but de sa grossesse. Ne s'est jamais fait traiter B. W. + + + Enfant mort et macéré de huit mois et demi.
29	I	2980	500	1/6	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
21	I	3050	500	1/6	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire, adénites B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
27	II	3500	620	1/6	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
26	I	3480	540	1/6	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
24	III	3230	500	1/6	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire depuis le qua- trième mois de sa grossesse. B. W. positif Enfant sans lésion, frictions mercurielles.
20	I	3580	620	1/6	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire depuis le dé- but de sa grossesse B. W. positif Enfant sans lésion, frictions mercurielles.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS ACTIVE SUR LE PLACENTA
(suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
20	I	4150	690	1/6,5	Syphilitique traitée pour acci- dent secondaire au novar et bivatoï B. W. positif à l'accouchement Enfant présentant une anoma- lie de la verge, frictions mer- curielles, sulfar.
24	I	3050	510	1/6	Syphilis traitée depuis mars 1942 à la suite d'un chancre B. W. négatif Enfant : sulfar.
21	I	3720	690	1/6	B. W. négatif Syphilitique traitée depuis 1937 à la suite d'érosion de la grande lèvre.
34	III	3200	490	1/8	B. W. négatif Syphilitique traitée depuis 1942 à la suite de roséole.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS
CONTRACTÉE PENDANT LA GESTATION
ENFANTS DE 2.000 A 4.000 GRAMMES

21	II	2270	480	1/6	Chancre au cinquième mois de sa grossesse. Trait. intense B. W. négatif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
19	I	2600	500	1/5	Chancre pendant sa grossesse. Traitement insuffisant B. W. +++ à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
32	VII	2100	300	1/7	Chancre au deuxième mois de la grossesse. Trait. intense. B. W. positif au moment de son accouchement Enfant mort-né.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS
CONTRACTÉE PENDANT LA GESTATION
ENFANTS DE 2.000 A 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport P. P.	Observations
21	III	2800	690	1/4	Chancre au sixième mois de sa grossesse Traitement insuffisant B. W. + + Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
29	I	3300	550	1/6	Chancre au huitième mois de sa grossesse Traitée par : 8 cyanure, 6 novar, bivatol Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
20	II	3300	680	1/6	Chancre au sixième mois de sa grossesse B. W. positif à l'accouchement Traitée insuffisamment Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
29	II	3030	670	1/6	Chancre pendant sa grossesse Traitée insuffisamment B. W. à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
23	I	3360	520	1/6	Chancre pendant sa grossesse Traitée insuffisamment B. W. positif Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
21	I	3250	540	1/6	Chancre au quatrième mois de sa grossesse Traitée insuffisamment B. W. + + + Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS
CONTRACTÉE PENDANT LA GESTATION
ENFANTS DE 2.000 À 4.000 GRAMMES (suite)

Age	Parité	Poids de l'enfant (en gr.)	Poids du placenta (en gr.)	Rapport F. P.	Observations
21	I	3350	540	1/6	Chancre avant sa grossesse Traitée insuffisamment B. W. + + + Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
29	II	3600	620	1/6	Chancre au cinquième mois de sa grossesse — Traitée B. W. positif à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.
23	I	3670	5200	1/7	Chancre au septième mois de sa grossesse — Traitée B. W. à l'accouchement Enfant sans lésion, frictions mercurielles, sulfar.

OBSERVATION I

N° 1.630 — dix-neuf ans — primipare.

Antécédents héréditaires :

Collatéraux : quatre collatéraux décédés de maladies infantiles dont un en quarante-huit heures.

Antécédents physiologiques :

A marché à quatorze mois.

Allaitement maternel.

Réglée à treize ans régulièrement.

Antécédents pathologiques :

1°) Maladies infantiles.

2°) Syphilis acquise en juillet 1942, en traitement. A eu un certain nombre de piqûre intra-veineuses et intra-musculaires.

Le 22 juillet 1943, sa réaction de Bordet-Wasserman était négative.

Le 6 septembre 1943. Hecht et Kahn +++.

Le 11 septembre 1943, au cours du huitième mois de grossesse, apparition de lésions palmaires. Petites lésions de la grande lèvre gauche très discrète, éruption maculeuse du tronc. Traitement à partir de ce jour jusqu'au

29 octobre 1943, quinze piqûres de Bivitol.

Du 18 octobre 1943 au 28 octobre, novar 0,15 à 0,75, six piqûres.

3°) A présenté par ailleurs des gonocoques.

Traitement : piqûres de Dagénan. Vaccin.

GROSSESSE.

Dernières règles le 11 février 1943.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement le 29 octobre 1943 d'une fille vivante pesant 3.000 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 680 grammes.

EXAMEN DE L'ENFANT.

Aucune lésion syphilitique.

Traitement. Frictions mercurielles. Sulfar.

RÉSUMÉ.

Syphilis récente traitée.

Rechute clinique et sérologique.

Enfant normal.

Mais gros placenta.

Examen microscopique du placenta.

Les villosités ont des vaisseaux énormes, certaines villosités ont un volume énorme franchement fibreux avec hyperplasie de toutes les couches pariétales des vaisseaux, cependant on note l'absence de toute infiltration. Il n'y a pas à proprement parler de lésions inflammatoires : sclérose certaine des villosités.

OBSERVATION II

N° 1.658 — secundipare.

Antécédents héréditaires :

Père décédé de tuberculose pulmonaire en 1938.

Mère bien portante.

Collatéraux :

Bien portants.

A marché normalement.

Réglée à seize ans régulièrement.

Antécédents obstétricaux :

En 1939, garçon pesant 1.950 grammes.

Mort à dix-huit mois de méningite.

GROSSESSE ACTUELLE : dernières règles le 18 janvier 1943.

(Procréateur : roséole il y a cinq ans traitée pendant trois ans).

A quatre mois de sa grossesse, érosion de la grande lèvre droite

après un rapport suspect en mai 1943. En juillet 1943, séro-réaction Wasserman très positive, traitée par une série de Novar puis BivatoL.

Actuellement : B. W. négatif.

Accouchement le 3 novembre 1943 d'un garçon vivant pesant 2.750 *grammes*.

Délivrance naturelle et complète pesant 720 *grammes*.

EXAMEN DE L'ENFANT :

Etat satisfaisant.

Traitement : frictions mercurielles, Sulfar.

RÉSUMÉ.

Syphilis récente post-conceptionnelle (quatre mois).

Traitée : sérologie négative.

Enfant normal : 2.750 *grammes*.

Placenta : chair à saucisse, 720 *grammes*.

Examen microscopique du placenta :

Placenta très riche en villosités de toutes tailles, chacune d'elles ayant un axe conjonctif, soit nettement fibreux, soit un peu œdémateux.

Les parois vasculaires ne présentent pas de lésions inflammatoires et la caduque est normale.

Le cordon : rigoureusement normal. Les vaisseaux du cordon ont une paroi normale.

OBSERVATION III

N° 1.619 — secondipare.

Antécédents héréditaires :

Père bien portant.

Mère décédée.

Collatéraux :

Bien portants.

Antécédents physiologiques :

A, marché à quatorze mois.

Allaitement maternel.

Réglée à dix-huit ans régulièrement.

Antécédents pathologiques :

Maladies infantiles.

Pyélonéphrite en 1941, à droite, deuxième à gauche.

Antécédents obstétricaux :

En 1939, garçon vivant pesant 3.750 *grammes*.

Délivrance : 550 *grammes*.

Décédé à six mois de maladie inconnue.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles le 12 décembre 1942.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement le 26 octobre 1943 d'une fille vivante de 3.075 *grammes*.

Délivrance naturelle et complète de 520 *grammes*.

B. W. : positif.

EXAMEN DE L'ENFANT :

Aucune lésion syphilitique.

Courbe : n'est pas satisfaisante.

Traitement : frictions mercurielles.

RÉSUMÉ.

Syphilis probable ignorée non traitée.

Aucun signe chez la mère ni chez l'enfant découvert par la sérologie systématique seulement.

Examen microscopique du placenta : *normal*.

OBSERVATION IV

Madame X..., dix-huit ans, primipare.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants.

Antécédents physiologiques :

A marché normalement.

Réglée à quinze ans irrégulièrement.

Antécédents pathologiques :

En novembre 1942, *leucorrhée gonococcique* et *chancre syphilitique* de la grande lèvre.

Traitement intensif au *novar bératoï* ayant déclenché une *polynévrite arsenicale* du membre inférieur gauche, en février 1943 : traitée par *strychnine* et *bévitine*.

GROSSESSE :

Dernières règles : le 18 septembre 1942.

Procréateur : bien portant — pas d'accident syphilitique et non traité.

B. W. : négatif.

Accouchement le 27 avril 1943 d'une prématurée de huit mois pesant 2.650 *grammes* sans lésions syphilitiques apparentes.

Délivrance naturelle et complète de 600 *grammes*.

Disproportion fœto-placentaire.

Placenta : *chair à saucisse*.

OBSERVATION V

Madame X..., trente-quatre ans — III^e pare.

Antécédents héréditaires :

Parents décédés.

Collatéraux :

Trois collatéraux bien portants.

Antécédents physiologiques :

A marché normalement.

Réglée à treize ans.

Antécédents pathologiques :

Maladies infantiles.

Syphilis traitée depuis le 23 juin 1942. Dès sa première consultation où la femme a dit que son enfant avait une kératite interstitielle; piqûres de *bivatol*. Le traitement a été fait à la suite de l'accident de son enfant.

Antécédents obstétricaux :

En 1932, enfant de 2.500 *grammes* — kératite interstitielle à dix ans.

En 1938, avortement spontané de cinq mois.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles le 23 décembre 1942.

B. W. négatif — *Kahn* : positif.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement le 21 août 1943 au terme de sept mois, d'une fille mort-née pesant 1.300 *grammes*.

Délivrance naturelle et complète de 750 *grammes*.

Placenta : *chair à saucisse*.

OBSERVATION VI

Madame X..., trente ans — III^e pare.

Antécédents héréditaires :

Père décédé de cirrhose du foie.

Mère bien portante.

Antécédents collatéraux :

Six collatéraux bien portants.

Antécédents physiologiques :

A marché normalement.

Réglée à dix-huit ans.

Antécédents pathologiques :

Rougeole, coqueluche, oreillons, dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux :

En 1927, enfant pesant 3.500 *grammes*, forceps.

En 1938, enfant de 3.750 *grammes*, forceps.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles le 4 septembre 1942.

(Procréateur bien portant.)

B. W. : négatif.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement le 10 juin 1943.

Dystocie des épaules.

Enfant mort-né, macéré depuis plusieurs jours, pesant 4.300 *grammes*.

Délivrance naturelle et complète de 1.270 *grammes*.

Placenta : *chair à saucisse*.

OBSERVATION VII

Madame X..., vingt-trois ans — III^e pare.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants.

Collatéraux :

Deux collatéraux bien portants. Un décédé.

Antécédents physiologiques :

A marché à un an.

Réglée à treize ans.

Antécédents pathologiques :

Maladies infantiles.

Antécédents obstétricaux :

Deux accouchements normaux.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles le 12 août 1942.

(Procréateur bien portant.)

B. W. : négatif.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement : fille vivante pesant 3,500 grammes.

Délivrance naturelle et complète de 720 grammes.

Placenta : *chair à saucisse*.

OBSERVATION VIII

Madame X..., vingt-et-un ans — primipare.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants.

Collatéraux :

Bien portants.

Antécédents physiologiques :

A marché tard.

Réglée à douze ans.

Antécédents pathologiques :

Maladies infantiles.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles le 10 septembre 1942.

(Procréateur bien portant.)

B. W. : négatif.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement normal le 17 juin 1943, garçon vivant pesant 3,550 grammes.

Délivrance naturelle et complète de 700 grammes.

Placenta : *chair à saucisse*.

OBSERVATION IX

Madame X..., trente-quatre ans — primipare.

Antécédents héréditaires :

Père décédé, accident.

Mère décédée : cardiaque.

Collatéraux :

Un collatéral décédé, accident.

Collatéraux bien portants.

Antécédents physiologiques :

A marché normalement.

Réglée à quinze ans.

Antécédents pathologiques :

Eczéma en 1940.

GROSSESSE :

Dernières règles le 1^{er} septembre 1942.

(Procréateur bien portant.)

B. W. : négatif.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement prématuré le 28 juin 1943. Filie mort-née depuis trois semaines.

Délivrance naturelle et complète de 300 *grammes*.

Placenta : *chair à saucisse*.

OBSERVATION X

Madame X..., dix-huit ans — primipare.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants.

Collatéraux :

Une sœur bien portante.

Antécédents physiologiques :

A marché à un an.

Réglée à treize ans.

Antécédents pathologiques :

Maladies infantiles.

Diphthérie en décembre 1942.

GROSSESSE :

Dernières règles le 14 janvier 1943.

(Procréateur bien portant.)

B. W. : négatif.

Evolution normale de la grossesse.

Accouchement prématuré au terme de sept mois, le 22 septembre 1943. Garçon vivant pesant 1.710 *grammes*.

Délivrance naturelle et complète de 420 *grammes*.

Placenta : *chair à saucisse*.

CONCLUSIONS

I. — L'hypertrophie placentaire est considérée depuis PINARD comme un signe de présomption de syphilis.

II. — Etude anatomo-pathologique des placentas syphilitiques montre fréquemment de l'œdème dû aux lésions vasculaires causées par la syphilis. Cet œdème explique, tout au moins en partie, l'augmentation de poids du placenta, ce qui vient confirmer l'impression clinique de PINARD.

III. — Cependant les statistiques récentes montrent que cette hypertrophie est beaucoup moins fréquente qu'autrefois. La statistique de la maternité de Saint-Louis, portant sur 5.868 accouchements, dont 297 chez des syphilitiques, donne la même proportion d'hypertrophie placentaire de 20 % aussi bien chez les femmes normales que chez les syphilitiques.

IV. — Cette discordance avec les notions classiques est plus apparente que réelle. Elle tient avant tout à l'action du traitement. La presque totalité, 92 % des cas de syphilis observés ont été traités de façon régulière par les médicaments employés habituellement pendant ces trente dernières années : l'arsenic et le bismuth. Ces médicaments, beaucoup plus actifs contre la syphilis, que le mercure, semblent avoir aussi une action plus efficace sur le placenta.

V. — En dehors de l'action thérapeutique, l'ancien-

neté de la syphilis joue également un rôle, ce qui est conforme aux théories classiques. Les syphilis récentes et surtout post-conceptionnelles semblent donner moins d'hypertrophie placentaire que les syphilis anciennes ou héréditaires. Mais le petit nombre des cas non traités ne nous permet pas de tirer des conclusions absolues à ce sujet.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
PORTES

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ASSAD. — (*Progrès Médical*, 1823, 1827, 31 novembre 1936).
- BRIDIER. — Rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans la syphilis. (*Thèse*, Paris, 1893).
- BRINDEAU. — La syphilis placentaire. (Leçon Clinique Tarnier, Vigot Frères, Editeurs).
- BRINDEAU et MANOUÉLIAN. — Recherches sur la syphilis placentaire. (*Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 31 : 441-446, novembre 1933).
- CORD (J.-R. Mac). — Syphilis of placenta in negro : study based on 1.000 consecutive cases. (*Ann. J. Obst. et Gynec.*, II, 850-852, juin 1926).
- Syphilis of placenta : histologic examination of 1.085 placentas of mothers with strongly positive blood Wasserman reactions. (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 28 : 743-750, novembre 1934).
- CORREA DIAZ. — (*Thèse de Paris*, 1891).
- DORMAN (H.-G.), SAHYUN (T.-F.). — Identification and significance of spirochetes in placenta : report 105 cases with positive findings. (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 33 : 954-967, juin 1937).
- DEMANCHE. — Hémo-diagnostic de la syphilis. 1944.
- EASTMAN (N.-J.). — Arsenic content of human placenta following arsphenamine therapy. (*Am. J. Obst. Gynec.*, 21 : 60-64, janvier 1931).
- FRUHNHOLZ (A.). — De l'origine syphilitique probable et certains placentas dits albuminuriques. (*Gynec. et Obst.*, 15, 329-332, mai 1927).

- GOSSET (J.). — De la statistique. (*Presse Médicale*, 1942).
- HOLLAND. — Le placenta syphilitique. (*Proceed. of the Royal Society of Med.*, Londres, août 1919).
- IMPARATO. — La syphilis du placenta. (*Progrès Médical*, 31 mars 1928).
- KAUFMANN (C.). — Zur histologischen Diagnostik hiescher Placenten. (*Dermat. Ztschr.*, 56, 346-355, août 1929).
- KEARNS (P.-J.). — Syphilis of placenta. (*Canada M. A. J.*, 34 : 625-628, juin 1936).
- KEMP (J.-H.) et ROSAHL (P.-D.). — Experimental study of congenital syphilis including study of infectiousness of blood uterus and placenta of pregnant rabbits with early syphilis. (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 60, 45-55, janvier 1937).
- KUTLIKOWSKA (L.). — Œdème généralisé du fœtus avec examen histologique des organes et du placenta. (*Gynec. et Obst.*, 30 : 244-249, septembre 1934).
- LABOURDETTE. — Gros placenta et syphilis. (*Thèse de Paris*, 1913).
- LEFER, BÉDIER. — Passage du spirochète *treponema* à travers le placenta. (*Soc. de Biol. de Paris*, séance du 21 octobre 1922).
- LÉVY-SOLAL. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. (*Gynéc. Obst.*, tome IV, n° 2, juillet 1921).
- MANOUÉLIAN (Y.). — Placenta syphilitique et phagocytose des tréponèmes. (*Gynéc. et Obst.*, janvier 1921).
- Syphilis du placenta. (*Soc. de Pédiat. de Paris*, 21 novembre 1933).
- Placenta syphilitiques. Forme minuscule du tréponème et ultra-virus syphilitique. (*Compte-rendu académique des Sciences*, 200 : 1439-1441, 15 avril 1933).
- MAYZEL (E.-A.). — Case of syphilitic placenta. (*Arch. pedol.*, 19, 253-256, 1936).

MÉNÉTRIER et RUBENS-DUVAL. — (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1905).

MEYER (S.). — Grossesse gémellaire : syphilis des deux placentas, mort d'un seul fœtus. (*Bulletin Société Obst. et Gyn.*, 17, 311-314, mars 1928).

MONCKEBERGE et AVILES (M.). — Histo-pathologie du placenta syphilitique. (*Revue Mensuelle de Gyn. et Obst.*, tome IX, janvier-juin 1929, page 416).

MONTGOMERY (T.-L.). — Fibrosis of placenta, its significance in normal and in syphilitic organ. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 31 : 253-267, février 1936).

NATTAN-LABRIER et BRINDEAU. — (*Compte-rendu de la Sté de Biol.*, 27 janvier et 3 février 1906, volume 60).

PÄSCHEN. — (*Monch. Med. Woch.*, 1906, n° 41).

PELLERIN (R.). — Valeur séméiologique du quotient fœto-placentaire au terme de la grossesse. (*Thèse d'Alger*, 1920, n° 10).

RASCHHOVER (G.). — Syphilis der Frucht der Nachgeburt. (*Arch. f. Gynäk.*, 129, 696-718, 1927).

RIVIÈRE (M.). — Contribution à l'étude microscopique comparée des placentas albuminuriques et syphilitiques et des placentas normaux. (*Gynéc. et Obst.*, 22 : 481-504, décembre 1930).

— Sur un cas d'hypertrophie colossale du placenta liée à la syphilis. (*Bulletin Sté d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1920, IX, 329).

SAHYOUN (P.-F.). — Differentiation between spirochetes and spirochete like structures in placenta. (*Am. J. Path.*, 15, 455-466, July 1939).

SCHAUDINN. — Arbeit aus dem Kaisert Gesundheitsamte. Vol. 26, 1907.

SCHMIDT, BAUMLER. — Sur les altérations du placenta et du cordon dans la syphilis. (*Arch. f. Gyn.*, t. CXII, 1920, p. 383).

SCHWAB. — Syphilis du placenta. (*Thèse de Paris*, 1896).

SPIRITO (F.). — Caverne placentari. (*Arch. di Ostet. e Ginec.*, Napoli, 1924).

TRILLAT. — Tumeur bénigne du placenta. Considération sur la nature syphilitique de ces tumeurs. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Lyon*, 5 décembre 1919).

VERMEILIN. — Un cas rare d'hypertrophie placentaire. (*Bull. de la Sté de Gynéc. et d'Obst. de Paris*, 1921, p. 696).

WALLICH et LEVADITI. — (*Compte-rendu de la Sté de Biologie*, vol 60, 1906).

Cette bibliographie nous a été généreusement donnée par les fichiers du « MONDE MÉDICAL ».
